

地域密着型施設の指定更新について

資料 2

○指定期間（6 年）が満了するので指定を更新する事業所

事業所名	サービス種類	指定期間	所在地	施設概要
①中津川ケアハートガーデングループホームてがのの家	認知症対応型共同生活介護事業所（グループホーム）	令和 2 年 3 月 15 日 ～ 令和 8 年 3 月 14 日	手賀野 321	2 ユニット 定員 18 名
②小規模多機能ホーム Do 愛	小規模多機能型居宅介護	令和 2 年 3 月 15 日 ～ 令和 8 年 3 月 14 日	坂下 931-1	定員 25 名
③中津川市デイサービスセンター ゆうわ苑	地域密着型通所介護事業所（デイサービス）	令和 2 年 4 月 1 日～ 令和 8 年 3 月 31 日	中津川 3367-1	定員 18 名
④瀬戸の里デイサービスセンター	〃	令和 2 年 4 月 1 日～ 令和 8 年 3 月 31 日	瀬戸 1387-8	定員 18 名

<根拠法令>

介護保険法（平成九年十二月十七日法律第百二十三号）

（指定地域密着型サービス事業者の指定）

第七十八条の二

- 7 市町村長は、第四十二条の二第一項本文の指定を行おうとするとき又は前項第四号の規定により同条第一項本文の指定をしないこととするときは、あらかじめ、当該市町村が行う介護保険の被保険者その他の関係者の意見を反映させるために必要な措置を講じなければならない。

①中津川ケアハートガーデングループホームてがのの家

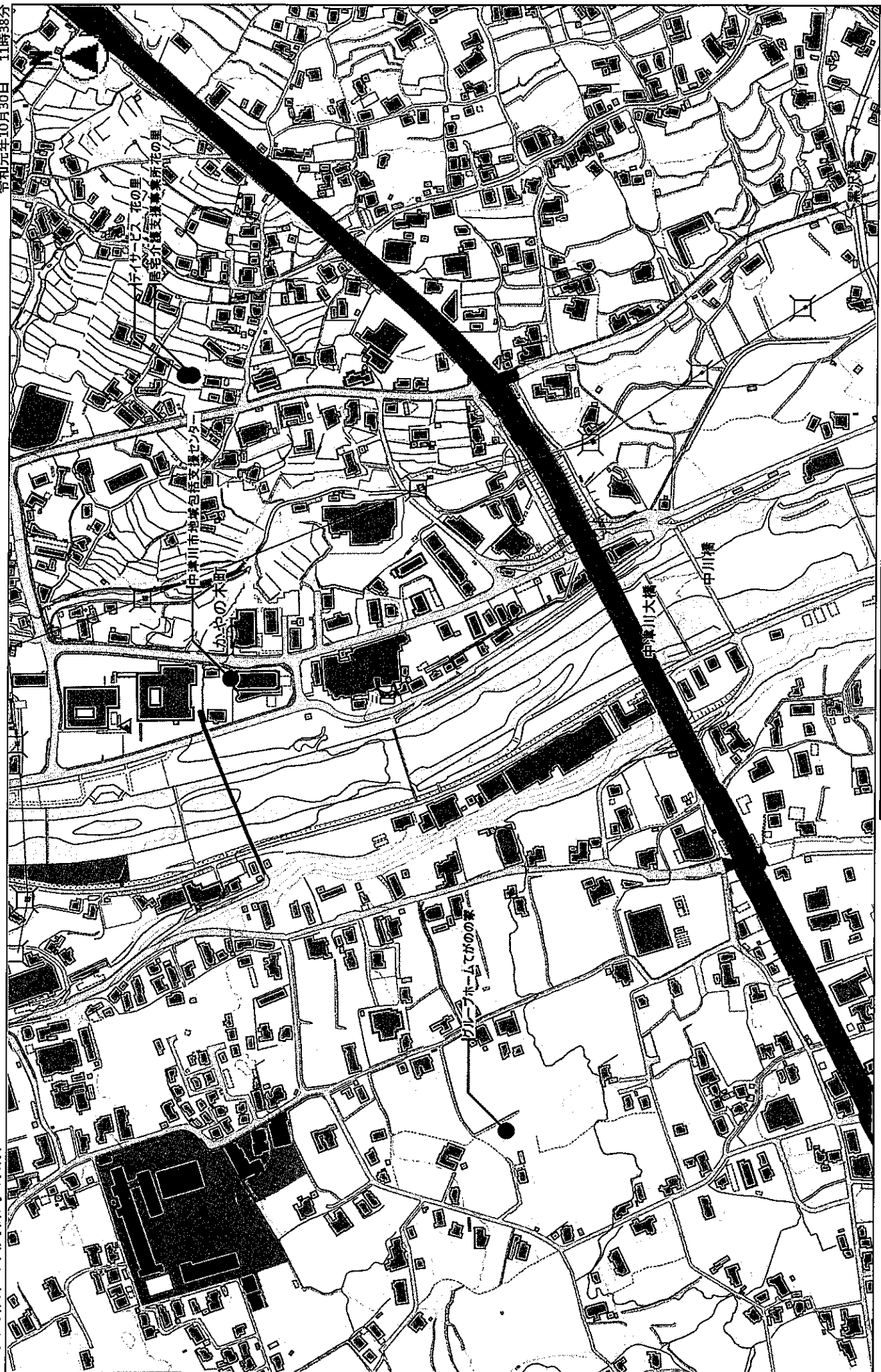
サービス内容と指定基準

サービス種別	認知症対応型共同生活介護 （ グループホーム ）
利用定員	1ユニット 5人以上9人以下 （1事業所 2ユニットまで ）
サービス内容	比較的安定した状態にある認知症の要介護者等が、家庭的な環境と地域住民との交流の下、住み慣れた環境での生活を継続できるよう目指します。入浴、食事、排泄等日常生活の世話及び機能訓練を共同生活の中で行います。利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするものです。
職員基準	・管理者（常勤 ・ 認知症対応型サービス事業者管理者研修、実践者研修の受講者） ・計画作成担当者（介護支援専門員資格者・実践者研修受講、小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修の受講者 2ユニットまでケアマネ資格1人で可 ） ・介護職員 （ 夜間以外：入居者3人に対し1人、夜間1人以上 ）
設備の基準	居室 （床面積 7. 4 3 m² 以上 <4. 5畳以上 > ） 1居室 1人 居間、食堂、台所を共同生活住居ごとに設置
運営内容	・認知症対応型共同生活介護計画の作成 ・サービスの提供の記録 ・地域連携として運営推進会議の設置が必要（利用者、地域住民の代表者<代表者は町内会役員、民生委員、老人クラブの代表者等>、 市町村職員 等
その他の要件	利用対象者は、原則市内の施設利用となります。（制度改正により18年4月以降市外の施設には入れません。）

付表4 認知症対応型共同生活介護事業所・介護予防認知症対応型共同生活介護事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	ナカツガワケアハートガーデン グループホームテガノノイエ				
	名 称	中津川ケアハートガーデン グループホームてがのの家				
	所在地	(郵便番号 508-0015) 岐阜県中津川市手賀野 321 番地				
	連絡先	電話番号	0573-67-8717		FAX 番号	0573-67-8718
		Email	sato.shin@mdlife.co.jp			
管理者	フリガナ	ナガセ エイコ		住 所	(郵便番号 -)	
	氏 名	長瀬 栄子				
	生年月日	年 月 日				
		当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)				介護職員
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務 (兼務の場合のみ記入)	名 称	なし		事業所番号	
		兼務する職種及び勤務時間等	-----			
療協 機力 関医	名 称	田口医院		主な診療科名	内科	
	名 称	はやし歯科医院		主な診療科名	歯科	
○人員に関する基準の確認に必要な事項						
共同生活住居数		18 戸		①	②	
従業者の職種・員数		介護従業者		介護従業者		計画作成担当者
		専従	兼務	専従	兼務	専従
常勤 (人)		5	1	4	2	2
非常勤 (人)		3		4		
常勤換算後の人数 (人)		7.5		7.5		
利用者数(推定数を記入)		9 人		9 人		
利用定員		9 人		9 人		
○設備に関する基準の確認に必要な事項						
建物の構造		☒ 耐火建築物 ☐ 準耐火建築物 ☐ その他				
添付書類		別添のとおり				

- 備考 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
 2 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
 3 「協力歯科医療機関」がある場合は、「協力医療機関」欄に併せて記載してください。



縮尺 1 : 5000

100 50 0 100



グループホーム

てがのの家

中津川ケアハートガーデン



住み慣れた地域のなかで、入居者の方が安心して暮らせる
第2のわが家がここにあります。

グループホームの特徴

入居者の方が9人のグループでスタッフと一緒に食事の
したくや掃除、散歩などをしながら共同生活を送ること
により認知症の進行を穏やかにしていきます。

ご入居いただける方

- ① 要介護認定を受けていらっしゃる方（要支援1の方は除きます）
- ② 認知症であると医師に診断された方
- ③ 少人数による共同生活（食事づくり、共同作業、団らん等）を営むのに支障のない方
- ④ 常時、医療専門職による医療管理が必要でない方
- ⑤ 中津川市に在住の方

安心のケア体制

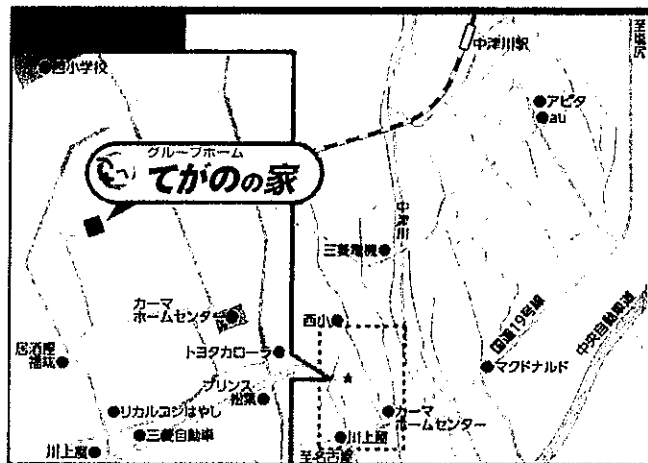
専門知識を持つスタッフによる24時間体制のケア、入居者
3名に対し1名のスタッフを配置し「3対1」のケアを実
施。

医療連携体制（看護師配置）

内科医と整形外科医による2週間ごとの往診により病気の
早期発見・対応に努めております。
また、看護師（非常勤）を配置することで、病気の予防に努
めています。

専門的な認知症ケア

認知症高齢者のためのケアマネジメントセンター方式（略
称：センター方式）によるケアマネジメントを行い、その
人らしい暮らしの実現に努めます。



交通のご案内

- JR中津川駅よりタクシー.....約5分
- 自動車 中央自動車道中津川ICから国道19号を中津川市街地へ...約2km

事業主体

三菱電機ライフサービス株式会社

〒105-0011 東京都港区芝公園 2-4-1 芝パークビルB館
TEL:03-6402-6001 FAX:03-6402-6486

ホームページでも詳しい情報をご覧ください

<http://www.mdlife.co.jp>

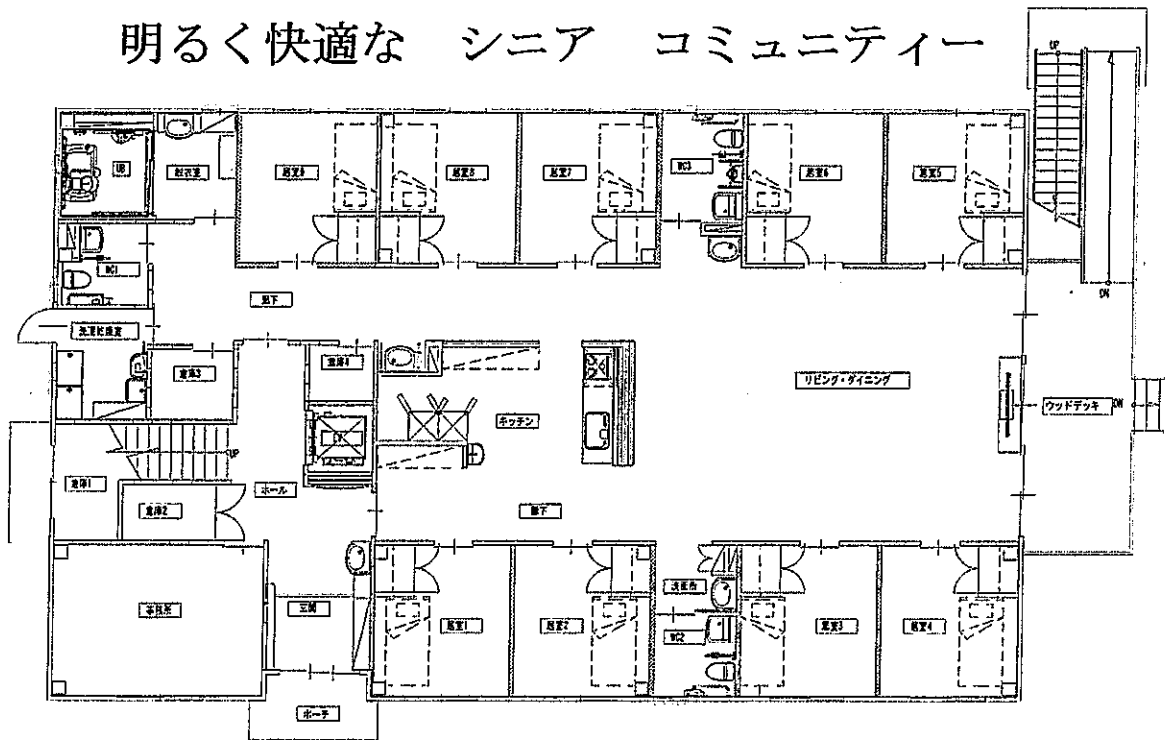
お問い合わせ

〒508-0015 中津川市手賀野 321 番地

TEL.0573-67-8717

FAX.0573-67-8718 施設長:長瀬 栄子

明るく快適な シニア コミュニティー



入居までの手続き

ご 相 談
ホ ー ム 見 学
入居の申し込み
面 談
体 験 入 居
※入 居 判 定
契 約
入 居

施設概要

- 敷地面積
1,649.74 m²(500 坪)
- 延べ床面積
612.12 m²(185 坪)
- 居室
洋室(18 室)
- リビング・ダイニング・キッチン・トイレ・浴室(リフト付)
- エアコン・ナースコール(各室)
- 床暖房(リビング)
- 定員:18 名

※ 入居判定は、医師、看護師、施設長等で行います。
※ 入居判定によっては、入居いただけない可能性もあります。



グループホーム
てがのの家
中津川ケアハートガーデン



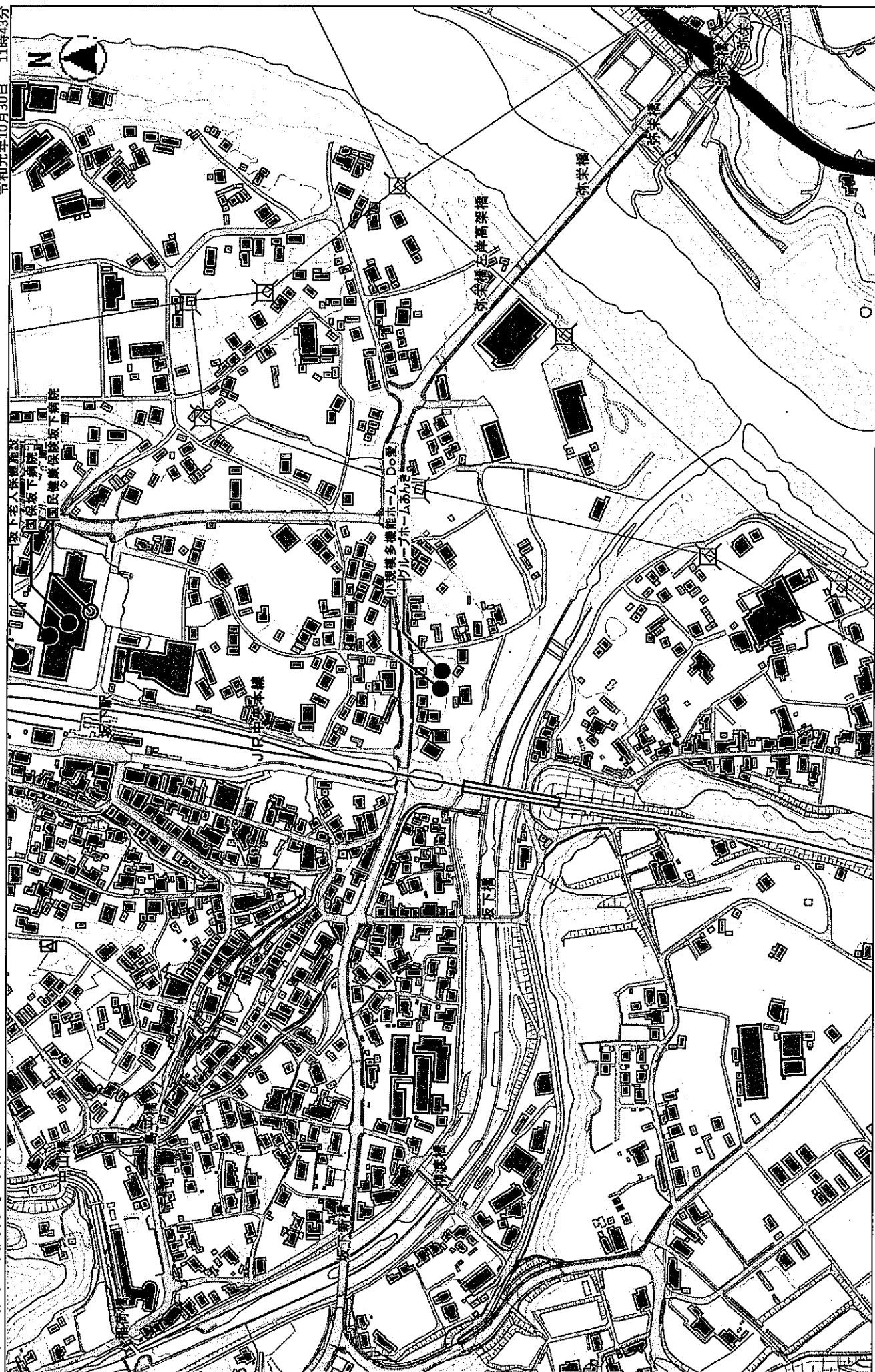
②小規模多機能ホーム Do 愛

サービス内容と指定基準

サービス種別	小規模多機能型居宅介護															
登録定員	29人以下 通いサービス：登録定員の2分の1～15人 宿泊サービス：通いサービスの3分の1～9人 <table><tr><td>登録定員</td><td>通い</td><td>泊り</td></tr><tr><td>25人</td><td>～15人</td><td>～9人</td></tr><tr><td>26・27人</td><td>～16人</td><td>～9人</td></tr><tr><td>28人</td><td>～17人</td><td>～9人</td></tr><tr><td>29人</td><td>～18人</td><td>～9人</td></tr></table>	登録定員	通い	泊り	25人	～15人	～9人	26・27人	～16人	～9人	28人	～17人	～9人	29人	～18人	～9人
登録定員	通い	泊り														
25人	～15人	～9人														
26・27人	～16人	～9人														
28人	～17人	～9人														
29人	～18人	～9人														
サービス内容	登録された利用者を対象に通いを中心として、利用者の様態や希望に応じて、随時訪問や短期宿泊を組み合わせ、入浴・排泄・食事等の介護、調理・洗濯・掃除等の家事・生活相談・助言や健康状態の確認などの日常生活上の世話、機能訓練を行い、能力に応じ居宅で自立した日常生活ができるようにするものである。															
職員基準	・管理者（常勤専従、3年以上認知症の介護経験を有し、認知症対応型サービス事業者管理者研修、実践者研修の受講者） ・介護支援専門員（実践者研修受講、小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修の受講） ・看護師（従業者の内1以上） ・介護職員（夜間以外：通い3人に対し1人以上、訪問1人以上 夜間：夜勤1以上、宿直1以上）															
設備の基準	居間、食堂、台所、浴室、消化設備 ・宿泊室（床面積 7.43㎡以上） ・居間・食堂は同一の場所とできる。なお、通いのサービスが15人を超える事業所では、利用者に支障のない広さ（1人あたり3㎡以上）を確保する。															
運営内容	・小規模多機能型居宅介護計画の作成 ・サービスの提供の記録 ・地域連携として運営推進会議の設置が必要（利用者、地域住民の代表者、市町村職員等）															

事業所台帳 (小規模多機能型居宅介護)

指定日	平成26年3月15日	(期限: 令和2年3月14日)	指定区分	地域密着	事業所番号	2191500103	
事業所	フリガナ	ショウキボタキノウホーム ドアイ					
	名称	小規模多機能ホーム D o 愛					
	所在地	(郵便番号 509-9232) 岐阜県中津川市坂下931-1					
	連絡先	電話番号	0573-75-5883	内線		FAX番号	0573-75-5887
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文							
本施設	事業所番号		種別	小規模多機能型居宅介護事業所			
	名称						
併設施設	事業所番号	2191500046	種別	認知症対応型共同生活介護事業所			
	名称	グループホーム あんき					
管理者	フリガナ	ヤスエ タクヤ	住所	(郵便番号 -)			
	氏名	安江 拓哉					
	生年月日						
当該小規模多機能型居宅介護事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)	介護支援専門員						
	兼務する同一敷地内の他の事業所又は施設(兼務の場合のみ記入)	名称					
		兼務する職種及び勤務時間等					
通所サービスの利用者数(推定数を記入)			15 人				
登録定員	25 人	通所サービスの利用定員	15 人	宿泊サービスの利用定員	9 人		
従業者の職種・員数	介護従業者		うち看護職員		介護支援専門員		
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
	常勤(人)	4	1	0	1	0	1
	非常勤(人)	10	0	0	0	0	0
常勤換算後の人数(人)		9.9					
建物構造概要	耐火建築物・準耐火建築物の別			居間及び食堂の合計面積		108 m ²	
	個室以外の宿泊室の合計面積	0 m ²		宿泊サービスの利用定員から個室の定員を減じた数		0 人	
主な掲示事項	営業日	年中無休					
	営業時間	24時間					
	利用料	利用料法定代理受領分					
		利用料法定代理受領分以外					
	食事の提供に要する費用	朝食350円、昼食500円、夕食500円					
	宿泊に要する費用	2000円					
	通常の事業実施地域	中津川市(旧坂下町), 中津川市(旧川上村)					
協力医療機関	名称		主な診療科名				
	国保 坂下病院		内科、外科、整形、泌尿器科、眼科、耳鼻科				
	みお歯科		歯科				
短期利用の有無		無	短期利用部分の開始日				
メールアドレス							

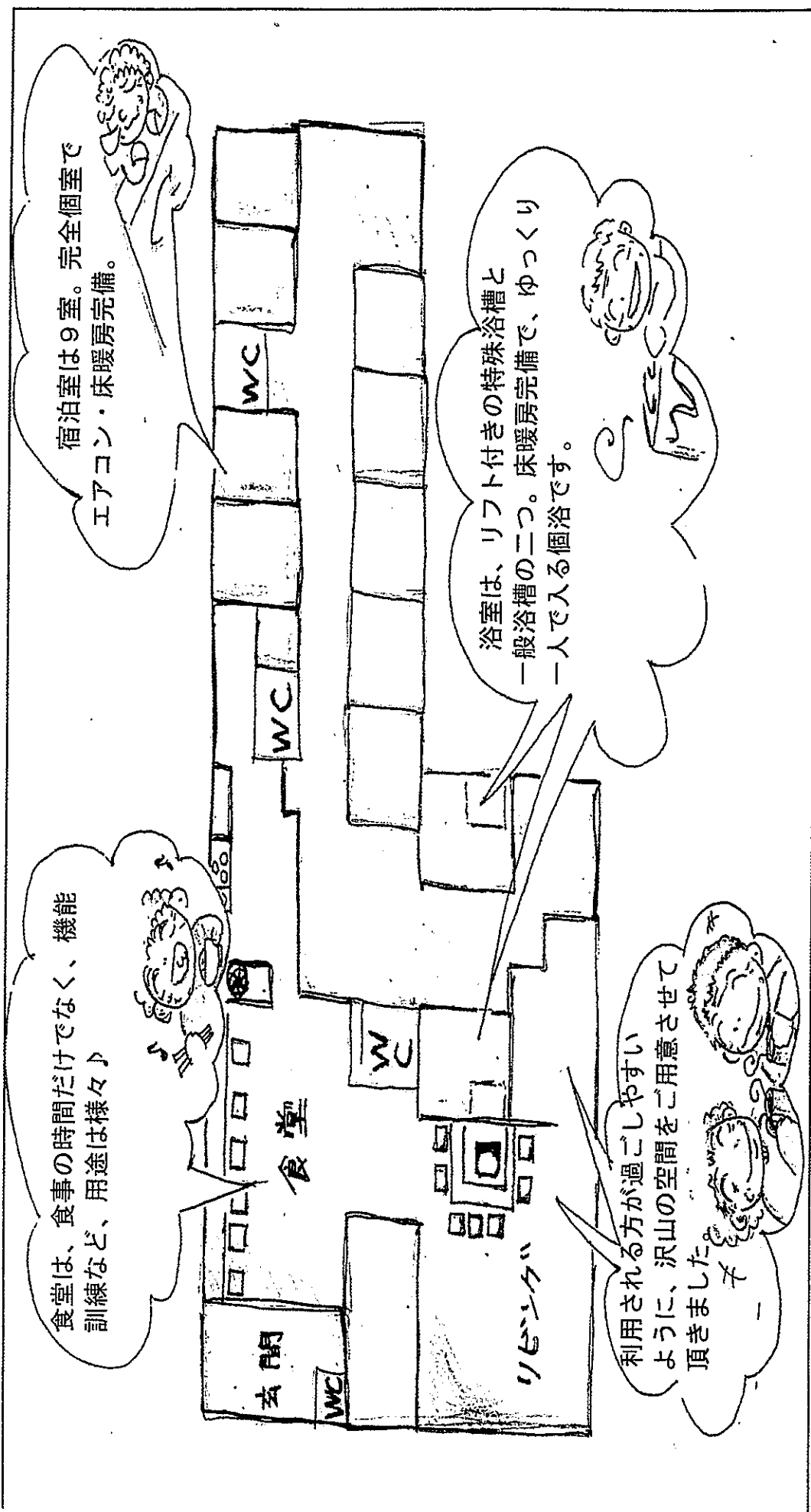


縮尺 1 : 5000

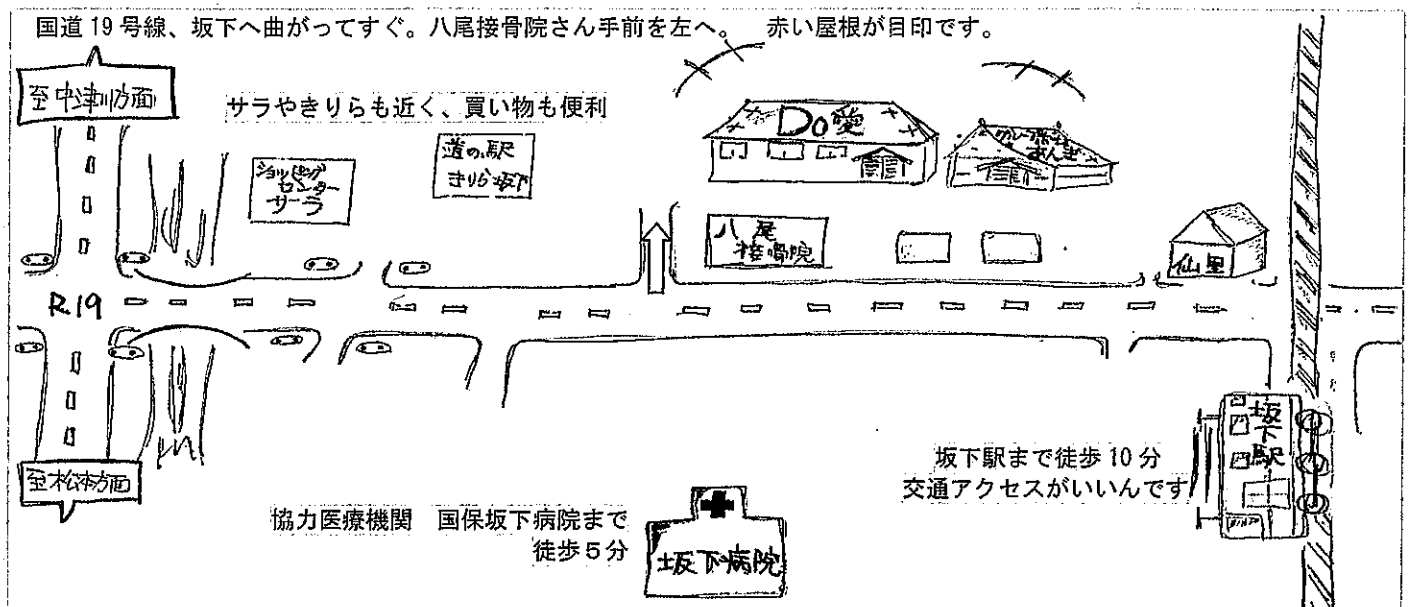


《事業所平面図》

・薪ストーブ ・床暖房 ・利用空間は完全バリアフリー ・宿泊室9つ ・浴室2つ ・AED



《交通アクセス》



《グループホームあんき》

認知症対応型共同生活介護サービス「グループホームあんき」が隣接しています。同じく地域に密着した事業所として認知症ケアを常に研究・実践し続け、Do 愛にもそのノウハウが活かされています。

【グループホームあんき】

Tel 0573-75-5885

Fax 0573-75-5887

Mail anki@akenet.or.jp



《小規模多機能ホームDo 愛の概要》

所在地	岐阜県中津川市坂下 931-1
事業主体	株式会社やさか
代表者	代表取締役 安江和子
敷地面積	538㎡
総床面積	383㎡
構造	木造
開設	平成26年3月15日

小規模多機能ホームDo 愛 Tel (0573) 75-5883

Fax (0573) 75-5887

③中津川市デイサービスセンターゆうわ苑

サービス内容と指定基準

サービス種別	地域密着型通所介護（ デイサービス ）
利用定員	同一時間帯に 18 人以下
サービス内容	利用者が、できるだけ居宅で能力に応じ自立した日常生活を営めるように、生活機能の維持または向上をめざし、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消と心身の機能の維持、利用者の家族の身体的・精神的負担の軽減を図るものです。
職員基準	・ 管理者：常勤専従（管理上支障のない場合は、事業所の職務または同一敷地内他事業所職務との兼務可） サービスの提供に必要な知識・経験があり、厚生労働大臣が定める研修を修了している者 ・ 生活相談員：提供日ごとに、1 名以上が必要です。 ・ 看護職員：サービス提供の単位ごとに 1 名以上が必要です。 ただし、利用定員 10 名以下の場合は、看護職員も含めて、介護職員の人員配置の考えで配置可能。 ・ 介護職員：利用者数が 15 人までは、専従の介護職員を 1 名以上必要となります。利用者数が 15 名を超える場合は、5 人おきに専従の介護職員をプラスします。 ・ 機能訓練指導員：1 名以上必要です。（他の職務にも従事できる）
設備の基準	・ 食堂及び機能訓練室の合計面積が、利用定員 × 3 m² 以上 ・ それぞれに支障のない場合は、同一の場所でも可 ・ 相談室は遮へい物の設置等
運営内容	・ 心身の状況の把握 ・ 居宅介護支援事業者等との連携 ・ 通所介護計画の作成 ・ サービスの提供の記録 ・ 地域連携として運営推進会議の設置が必要（利用者、地域住民の代表者＜代表者は町内会役員、民生委員、老人クラブの代表者等＞、市町村職員等

付表 9-1 地域密着型通所介護（療養通所介護）事業所の指定に係る記載事項

受付番号	
------	--

事業所	フリガナ	ナカツガワシデイサービスセンターユウワエン					
	名 称	中津川市デイサービスセンターゆうわ苑					
	所在地	(郵便番号 508 - 0001) 岐阜県中津川市中津川 3 3 6 7 番地の 1					
		(ビルの名称等)					
連絡先	電話番号	0573-66-7667		FAX 番号	0573-66-7656		
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文				第 1 条第 (2) 項第 イ 号			
併設事業所の種別、名称					事業所番号		
管理者	フリガナ	フタムラ モトム		住所	(郵便番号 -)		
	氏 名	二村 求					
	生年月日	昭和 年 月 日					
	当該地域密着型通所介護事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)				生活相談員・介護職員		
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼 務 (兼務の場合のみ記入)		名称			事業所番号	
			兼務する職種 及び勤務時間等				
従業者の職種・員数		生活相談員	看護職員	介護職員	機能訓練指導員		
常 勤 (人)		3	1	6	2		
非常勤 (人)			2	3	1		
基準上の必要人員 (人)							
適合の可否							
食堂及び機能訓練室の合計面積			基準上の必要数値		適合の可否		
80.1 m ²			m ² 以上				
主な 掲 示 事 項	営業日	単位ごとの営業日 月曜日～土曜日 (12/31～1/3 休業)					
	営業時間	単位ごとのサービス提供時間 (送迎時間を除く) (① 9 : 30 ~ 16 : 35 ② : ~ : ③ : ~ :)					
	利用定員	18 人 (単位ごとの定員① 18 人② 人③ 人)					
	利用料	法定代理受領分		介護報酬告知額の内、介護保険負担割合証に 記載してある「利用者負担の割合」の額			
		法定代理受領分以外		介護報酬告知額			
	食事の提供に要する費用	720 円 (おやつ代金含む)					
	通常の事業実施地域	中津川市					
添付書類	別添のとおり						

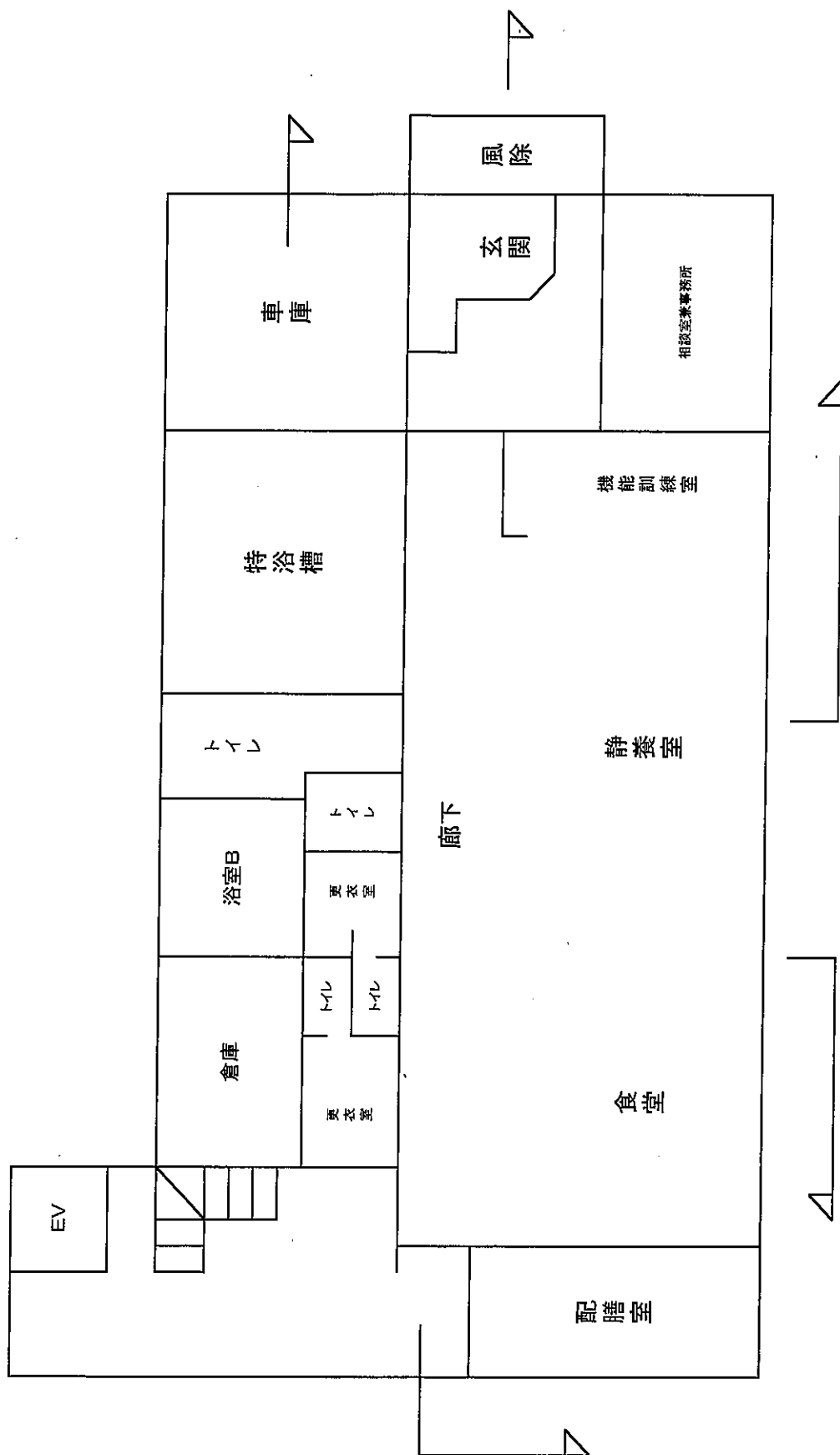
- 備考 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄は記入しないでください。
- 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
- 3 機能訓練指導員については、生活相談員又は看護職員若しくは介護職員と兼務しない場合のみ記載してください。
- 4 従業者の員数については、総数を記載してください。出張所等がある場合については、当該出張所に従事する従業者の員数との合計数を記載してください。
- 5 当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。



デイ・サー ビスは、
お年寄りの体 や心の健康を
保つための介護 サービスです。



ゆうわ苑 平面図



④瀬戸の里デイサービスセンター

サービス内容と指定基準

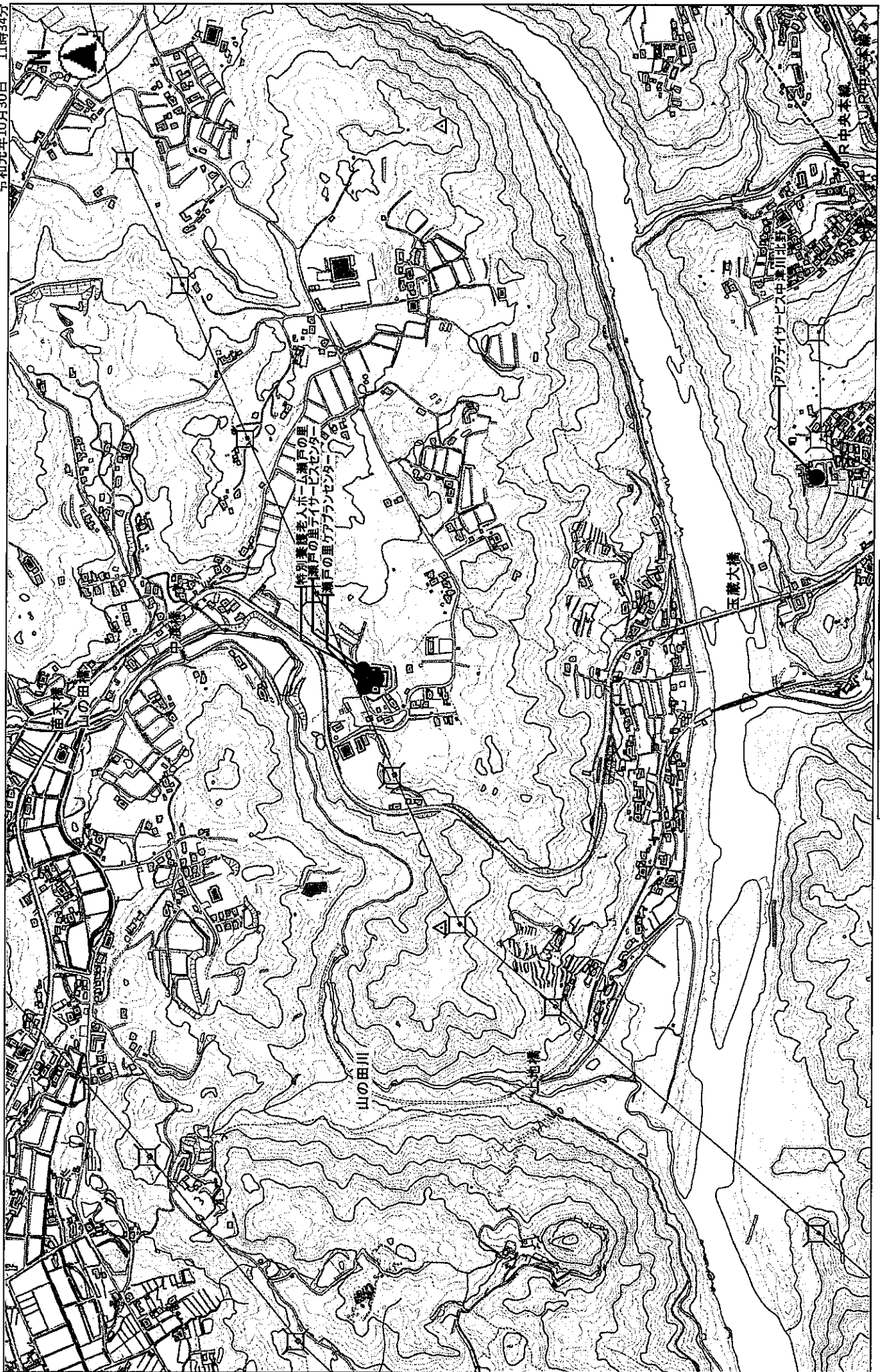
サービス種別	地域密着型通所介護（ デイサービス ）
利用定員	同一時間帯に１８人以下
サービス内容	利用者が、できるだけ居宅で能力に応じ自立した日常生活を営めるように、生活機能の維持または向上をめざし、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消と心身の機能の維持、利用者の家族の身体的・精神的負担の軽減を図るものです。
職員基準	・ 管理者：常勤専従（管理上支障のない場合は、事業所の職務または同一敷地内他事業所職務との兼務可） サービスの提供に必要な知識・経験があり、厚生労働大臣が定める研修を修了している者 ・ 生活相談員：提供日ごとに、１名以上が必要です。 ・ 看護職員：サービス提供の単位ごとに１名以上が必要です。 ただし、利用定員１０名以下の場合は、看護職員も含めて、介護職員の人員配置の考えで配置可能。 ・ 介護職員：利用者数が１５人までは、専従の介護職員を１名以上必要となります。利用者数が１５名を超える場合は、５人おきに専従の介護職員をプラスします。 ・ 機能訓練指導員：１名以上必要です。（他の職務にも従事できる）
設備の基準	・ 食堂及び機能訓練室の合計面積が、利用定員×３㎡以上 ・ それぞれに支障のない場合は、同一の場所でも可 ・ 相談室は遮へい物の設置等
運営内容	・ 心身の状況の把握 ・ 居宅介護支援事業者等との連携 ・ 通所介護計画の作成 ・ サービスの提供の記録 ・ 地域連携として運営推進会議の設置が必要（利用者、地域住民の代表者＜代表者は町内会役員、民生委員、老人クラブの代表者等＞、市町村職員等

付表 9-1 地域密着型通所介護（療養通所介護）事業所の指定に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ	セトノサトデイサービスセンター					
	名 称	瀬戸の里デイサービスセンター					
	所在地	(郵便番号 508 - 0111) 岐阜県中津川市中津川 1 3 8 7 番地の 8					
		(ビルの名称等)					
	連絡先	電話番号	0573-65-6123	FAX 番号	0573-65-6946		
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文				第 1 条第 (2) 項第 イ 号			
併設事業所の種別、名称					事業所番号		
管理者	フリガナ	マエダ	タカコ	住所	(郵便番号 -)		
	氏 名	前田 貴子					
	生年月日	昭和 年 月 日					
	当該地域密着型通所介護事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)				生活相談員・介護職員		
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼 務 (兼務の場合のみ記入)		名称			事業所番号	
			兼務する職種 及び勤務時間等				
従業者の職種・員数		生活相談員	看護職員	介護職員	機能訓練指導員		
常 勤 (人)		3	1	4	(		
非常勤 (人)			1	4	/		
基準上の必要人員 (人)							
適合の可否							
食堂及び機能訓練室の合計面積			基準上の必要数値		適合の可否		
			80.1 m ²		m ² 以上		
主な 揭示 事項	営業日	単位ごとの営業日 月曜日～日曜日 (12/31～1/3 休業)					
	営業時間	単位ごとのサービス提供時間 (送迎時間を除く) (① 9 : 30 ~ 16 : 35 ② : ~ : ③ : ~ :)					
	利用定員	18 人 (単位ごとの定員① 18 人② 人③ 人)					
	利用料	法定代理受領分 介護報酬告知額の内、介護保険負担割合証に 記載してある「利用者負担の割合」の額					
		法定代理受領分以外 介護報酬告知額					
	食事の提供に要する費用	720 円 (おやつ代金含む)					
	通常の事業実施地域	中津川市					
添付書類		別添のとおり					

- 備考 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄は記入しないでください。
- 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
- 3 機能訓練指導員については、生活相談員又は看護職員若しくは介護職員と兼務しない場合にのみ記載してください。
- 4 従業者の員数については、総数を記載してください。出張所等がある場合については、当該出張所に従事する従業者の員数との合計数を記載してください。
- 5 当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。



縮尺 1 : 10000

100 50 0 100 200

瀬戸の里デイサービスセンター

[トップページ](#) > [瀬戸の里](#) > 瀬戸の里デイサービスセンター

通所介護とは

介護保険法に基づき、介護が必要な方に、専門スタッフが、送迎・入浴・レクリエーション・食事などを提供することで、心身機能の維持と向上を目指します。

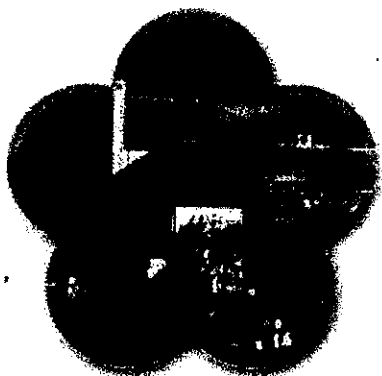
自宅での生活を続けられるよう、身体面や精神面で必要な支援・援助が受けられます。

また住み慣れた地域での憩いの場、交流の場となる場所でもあります。

施設詳細

特別養護老人ホーム瀬戸の里に併設しています

■ 瀬戸の里デイサービスセンター



所在地：〒508-0111 岐阜県中津川市瀬戸1387番地8

電話番号：0573-65-6123 / FAX：0573-65-6946

開設年月日：平成2年5月1日

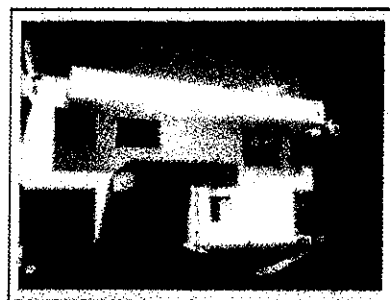
建物面積：364.0平方メートル

建物構造：鉄筋コンクリート平屋

■ 施設外観

木曽川を眼下に、苗木城を目の先に、
自然豊かな緑の山々に囲まれて、
竹の子の名産地「瀬戸」の入り口にあります

デイサービス周りには、
サクラ、藤の花、ツツジ、あじさい、菖蒲・・・
季節の花々が咲き変わり、利用される皆さんに
喜んでいただいています♪



デイサービスセンター玄関です

瀬戸の里デイサービスセンター 平面図

玄関ポーチ	玄関ホール	女子トイレ	男子トイレ	日常動作訓練室	浴室			
		廊下						
		カウンター	休養室					食堂
	事務室 相談室A							
		介護者教育室						
								洗濯室
							相談室B	
						厨房		